



# Suffolk County Department of Social Services

## INSTRUMENTO PARA DETECTAR EL ABUSO DE ALCOHOL/DROGAS

CASE NAME \_\_\_\_\_ CLIENT NAME \_\_\_\_\_ CASE NO. \_\_\_\_\_

CENTER/UNIT \_\_\_\_\_ WORKER NAME \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### NOTICIA IMPORTANTE:

Este instrumento de proteccion ayudara al departamento de servicios sociales a decidir si otros pasos son necesarios para asistir a usted y a su familia. Dependiendo a su repuesta a estas preguntas lo siguiente puede ocurrir:

1. Puede que se requiera a usted ser evaluado por un consejero de abuso de droga y alcohol.
2. Usted se le puede pedir que participe en un programa de abuso de droga y alcohol.
3. Si se encuentra alguna evidencia durante estos pasos que sus hijos estan en peligro debido a problema con la droga o alcohol su caso va a ser referido al departamento de abuso de ninos.

1. En los ultimos 12 meses, ha sentido que debe disminuir su consumo de alcohol o el uso de drogas?  Si  No
2. En los ultimos 12 meses, le han criticado por su consumo de alcohol o el uso de drogas?  Si  No
3. En los ultimos 12 meses, se ha sentido incomodo o culpable acerca del consumo de alcohol o el uso de drogas?  Si  No
4. En los ultimos 12 meses, ha sentido la necesidad de un "abridor de ojos", o se ha despertado deseando tomar algun liquido con alcohol u otra droga?  Si  No
5. En los ultimos 12 meses, ha sido hospitalizado debido al consumo de alcohol o el uso de drogas?  
*Ejemplos* 1. *Habiendo estado en un accidente debido a su ebriedad o al consumo de drogas.*  
2. *Habiendo experimentado un problema psiquiatrico severo como un atentado de suicidio despues o durante el consumo de alcohol o el uso de drogas?*  
3. *Habiendo experimentado una dosis excesiva de alcohol o de alguna droga.*
 Si  No
6. En los ultimos 12 meses, ha perdido algun trabajo o ha fallado al no completar estudios escolares o un programa de entrenamiento debido al consumo de alcohol o el uso de drogas?  Si  No
7. En los ultimos 12 meses, ha perdido su vivienda (ha sido desalojado o ha quedado desamparado) debido al consumo de alcohol o al uso de drogas?  Si  No
8. En los ultimos 12 meses, ha tratado sin exito de dejar o ha reducido considerablemente la cantidad de su consumo de alcohol o el uso de drogas?  Si  No
9. En los ultimos 12 meses, ha participado en algun tratamiento contra el consumo de alcohol/drogas?  Si  No

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### FOR DSS USE ONLY

CLIENT REFERRED FOR ALCOHOL/SUBSTANCE ABUSE ASSESSMENT?  Yes  No

COMMENTS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Distribution: Original to case record. If referral indicated: copy to clinic and Center Manager